

醫療服務提供者職業民事責任強制保險投保問卷 (機構)

1. 基本資料

投保人/機構: _____ 聯絡電話: _____
聯絡地址: _____
於衛生局註冊准照編號: _____ (請提供准照副本) 註冊機構類型: _____

2. 投保資料

投保日期: 自 _____ 至 _____ 共 12 個月
追溯日: 保單生效日前 3 年的首日 要求免賠額(每起事故): MOP _____
賠償金額: 自然人服務提供者數量: 含西醫或牙醫服務 不含西醫或牙醫服務
(每起事故及每年)
● 3 名或以下 MOP2,000,000 MOP1,000,000
● 4 名至 7 名 MOP3,500,000 MOP1,750,000
● 8 名至 10 名 MOP5,000,000 MOP2,500,000
● 11 名至 20 名 MOP7,500,000 MOP3,500,000
● 21 名或以上 MOP10,000,000
● 衛生局以及五月三十一日第 22/99/M 號法令所規範的私人衛生單位 (請與我司聯絡以取得更多資料)
 自定限額 MOP _____

3. 營業資料

- (a) 詳細營業地點: _____
- (b) 醫療場所種類: 中醫診所/綜合診所 西醫診所/綜合診所 臨床分析實驗室及放射實驗室
 牙醫診所/綜合診所 診斷中心、治療中心及康復中心 其他 _____
- (c) 機構性質: 有限公司 非牟利機構 社團組織附屬 學校 其他 _____
- (d) 請填寫場所的主要負責人、合夥人或董事的詳細資料(可另表填寫):

身份	姓名	年齡	醫療專業資格	在本機構的年資

- (e) 開業年份: _____ 是否設有下列設備: 激光 X 光 斷層攝影
- (f) 去年醫療方面收入: MOP _____ 去年的病人數量: _____
- (g) 請按以下分類填寫人數:

類別	全職	兼職	類別	全職	兼職
普通科醫生			藥劑師/藥房技術助理		
專科醫生			心理/職業/語言治療師		
中醫生/師			其他註冊醫療服務提供者		
牙科醫生/師			自然人醫療服務提供者總數		
護士			醫務助理(非註冊)		
物理治療師			其他人員		

3. 營業資料 (續)

(h) 請填寫下列服務分類佔整體業務之百分比:	普通科	_____ %	牙醫	_____ %	中醫	_____ %	兒科	_____ %
	婦科	_____ %	產科	_____ %	美容	_____ %	整容(非美容)	_____ %
	耳鼻喉科	_____ %	胃腸科	_____ %	眼科	_____ %	放射/影像科	_____ %
	物理治療	_____ %	藥房	_____ %	護理服務	_____ %	其他	_____ %

(i) 投保人屬下醫療服務提供者是否需要施行手術，如是，請提供詳細資料

4. 其他資料

(a) 是否曾投保同類保單，如有請詳列 (年份, 保險金額等): 是 否

(b) 曾否被其他保險公司拒絕投保此類保單或需附加特別條款方受保，如有請詳列: 是 否

(c) 曾否因誤診訴訟而產生索償或投保人是否知悉可能導致索償的事件，如有請提供詳細資料:

是 否

本保單為索賠發生制保單:

索賠發生制保單將對符合下列條件的索賠進行理賠：

- 引發索賠的事故必須發生在保單規定的追溯日以後及保單期滿日以前；
- 被保險人須於保險單有效期內首次知悉發生或懷疑發生保險事故之日起八日內向保險人以書面方式作首次通知。

聲明:

我/我們是被其他申請人授權提出此投保書。

根據我/我們的知識和見解，所填報資料無論是否我/我們自己的手筆，都是真實及我/我們沒有隱藏事實。我/我們明瞭虛報或歪曲任何事實，承保人有權對此保單毋需負上責任。(註明：所填報事實足以影響承保人對此投保書接受或審核。若閣下有任何疑問關於什麼構成事實，請與保險公司商議。)

我/我們明白如我/我們就風險不作聲明或作出不正確聲明，而可對保險合同的存在或其條款造成影響，則可構成保險合同無效。

我/我們明白簽寫這份問卷，並不驅使承保人必須完成這保險合約，但是如果經過同意而發出保單，這問卷將是保險合同的基础。

投保人簽章:

日期:

簽署人身份:

FOR OFFICE USE ONLY

Agent: _____ Premium: _____ Conditions: _____

Remarks: